



Cassa Edile Varese • Via E. Cairoli, 5 • 21100 Varese

www.cassaedilevarese.it • info@cassaedilevarese.it • Tel. +39 (0332) 830.269 • Fax +39 (0332) 232.879

SUSSIDIO PER: CURE DENTARIE LENTI OCULISTICHE PROTESI ACUSTICHE

(vedi regolamento delle prestazioni collaterali in vigore dall'1.03.2013 pubblicato sul sito)

L A V O R A T O R E (cognome e nome)	 (data di nascita)		
 (C.A.P.) (città o paese) (via) (n. civico) (n. telefono)

Richiedo la prestazione di seguito contrassegnata

prestazione:	Documenti da allegare:
<input type="checkbox"/> CURE DENTARIE massimo € 800,00	- Fotocopia documentazione delle spese sostenute che riporti codice fiscale e data di nascita.
<input type="checkbox"/> LENTI OCULISTICHE massimo € 200,00	- Fotocopia documentazione della spesa sostenuta che riporti codice fiscale e data di nascita. - Fotocopia certificato del medico o del tecnico ottico che ha prescritto le lenti.
<input type="checkbox"/> PROTESI ACUSTICHE massimo € 800,00	- Fotocopia documentazione della spesa sostenuta che riporti codice fiscale e data di nascita. - Fotocopia certificato del medico o del tecnico che ha prescritto la protesi acustica.

Gli importi potranno essere inferiori nel caso in cui i fondi assegnati a tali prestazioni non siano sufficienti.

Codice iban per l'accredito: IT _____

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO 6 MESI DALLA DATA DELLA FATTURA.
SE PRESENTATA NEI SUCCESSIVI 6 MESI L'AMMONTARE DELLA PRESTAZIONE SARÀ AL 50%**

Le prestazioni saranno liquidate entro giugno, per le domande presentate in Cassa Edile nel semestre ottobre/marzo, ed entro gennaio dell'anno successivo per le domande presentate nel semestre aprile/settembre.

dichiaro

di avere un'anzianità di settore di almeno 2 anni, con relativa iscrizione alla Cassa Edile, avendo lavorato nelle seguenti Imprese:

anno Impresa iscritta alla Cassa Edile di

anno Impresa iscritta alla Cassa Edile di

Nell'anno precedente le cure ho lavorato presso l'Impresa.....

iscritta alla Cassa Edile della Provincia di

Dichiaro inoltre di non aver fruito di analogo sussidio negli ultimi 2 anni per lenti oculistiche e protesi acustiche. Per le cure dentarie di non aver fruito nell'ultimo anno.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali, in base alla normativa vigente, sia comuni che sensibili ed alla loro comunicazione per la realizzazione delle finalità istituzionali della Cassa Edile.

Data:

.....
firma del Lavoratore dichiarante